医　師　連　絡　票

　　　　　　　　　様

病児保育の利用について、下記の点について連絡します。

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| お子さんの名前 | | 様 | | | 医師名 |  | |
| 下記の病名・病状番号に○をおつけください | | | | | | | |
| 1. 感冒・感冒様症候群 2. 喉頭炎 3. 肩桃腺炎 4. 気管支炎 5. 喘息・喘息性気管支炎 6. 消化不良症 7. 感冒性嘔吐症 8. 自家中毒症 9. 中耳炎・外耳炎 10. 結膜炎（流角結を含む） | | | 1. 膿痂疹 2. 突発性発疹症 3. 手足口症 4. 伝染性紅班（りんご病） 5. 流行性耳下腺炎 6. 麻疹 7. 水痘 8. 百日咳 9. 風疹   26　その他（　　　　　) | | | | （病名不明のとき）   1. 発　熱 2. 下　痢 3. 嘔　吐 4. 咳　嗽 5. 喘　鳴 6. 発　疹 |
| 27　インフルエンザ |
| 病状（○印） | １　急性期(発熱等)　　　　　　２回復期(下熱・微熱等) | | | | | | |
| 安　静　度  ○　印 | １　ベッド上安静　　　　　　　２　隔離室で隔離  ３　室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可）  ４　室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） | | | | | | |
| 食事（昼食）  ○　印 | ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食 | | | | | | |
| 下痢食・普通食 | | | | | | |
| 処方内容 |  | | |  | | | |
| 次回診察予定日　　月　　日（　　） | | | |
| 備　　考 | 翌日も病児保育が　１　必要　２　こども園等に復帰（○印） | | | | | | |